

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

340

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Paul FONTANEL

Né le 24 Avril 1920, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 2 mai 1945.

**TRAITEMENT DES ACCIDENTS
BUCCO-DENTAIRES INFECTIEUX AIGUS
CHEZ LES DIABETIQUES**

Président : M. OLIVIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **FONTANEL.**

Prénoms : **Jean-Paul.**

Date de soutenance : 2 mai 1945.

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

FONTANEL (Jean-Paul). — Traitement des accidents bucco-dentaires infectieux aigus chez les diabétiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

FONTANEL (Jean-Paul). — Traitement des accidents bucco-dentaires infectieux aigus chez les diabétiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

FONTANEL (Jean-Paul). — Traitement des accidents bucco-dentaires infectieux aigus chez les diabétiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

FONTANEL (Jean-Paul). — Traitement des accidents bucco-dentaires infectieux aigus chez les diabétiques. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 39 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Paul FONTANEL

Né le 24 Avril 1920, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 2 mai 1945.

**TRAITEMENT DES ACCIDENTS
BUCCO-DENTAIRES INFECTIEUX AIGUS
CHEZ LES DIABETIQUES**

Président : M. OLIVIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon

DOYEN BAUDOUIN

ASSESEUR LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	N...
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale et Médecine du Travail	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (É.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*),
 RICHEL (*Physiologie*), VERNE, (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER.		DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie	DELARUE.	Médecine	LÉLONG.
pathologique ..	Mlle GAUTHIER.	générale	LENEGRE.
	VILLARS.		MARCHAL.
Bactériologie ..	BONNET.		MOLLARET.
Chimie médicale ..	N...		MOUQUIN.
	AMELINE.		SOULIE.
	FEVRE.	Médecine légale ..	DESOILLE.
	FUNK-		DIGONNET.
	BRENTANO.	Obstétrique ...	LACOMME.
Chirurgie	MENEGAUX.		SUREAU.
générale	PATEL.		N...
	SICARD.	Ophtalmologie ..	RENARD.
	N...	Oto-rhino-	
	N...	laryngologie ..	HALPHEN.
	N...	Parasitologie ..	LAVIER.
	N...	Parasitologie	
Histologie	BULLIARD.	coloniale	N...
Hydrologie	N...	Pathologie	
Hygiène	N...	expérimentale ..	LEMAIRE.
	BARIETY.	Pharmacologie ..	Mlle J. LEVY.
	BERNARD (Et.).		N...
Médecine	BOULIN.	Physiologie	N...
générale	BROUET.		N...
	CACHERA.	Physiologie	
	COSTE.	médicale	DESGREZ (H.).
	DELAY.	Thérapeutique ..	TURPIN.
	GARCIN.	Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale .	GATELLIER.	Clinique O. R. L.	HALPHEN.
	DE GAUDART		
	D'ALLAINES.		
Clinique obstétricale . . .	ECALLE.	Clinique médicale	ALAJOUANINE.
			CHEVALLIER.
			LAROCHE Guy.
			MOREAU.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture	LELONG	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.		

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. A. HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

*Dont l'effort et les sacrifices
constants m'ont permis de mener
à bonne fin de longues études.*

*Qu'ils trouvent ici un gage de
ma reconnaissance et de mon
affection.*

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. OLIVIER

Professeur sans Chaire à la Faculté de Médecine de Paris
Chef de Travaux Pratiques d'Anatomie
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

*Qu'il trouve ici l'hommage de
notre gratitude pour l'accueil
qu'il nous a réservé dans son
laboratoire d'anatomie au début
de nos études.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LATTES

Stomatologiste de l'Hôpital Cochin

Qui nous a donné le sujet de cette thèse et qui, par deux fois pendant de longs mois durant l'occupation puis après la libération, nous a permis de suivre dans son service, son enseignement si riche tant du point de vue technique que du point de vue clinique.

Qu'il trouve ici, avec une manifestation de notre reconnaissance, le meilleur gage de mon dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VRASSE

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Adjoint du Docteur LATTES

En signe de sincère remerciement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LABBE (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBERTIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIGNES.

EXTERNAT :

Faisant fonction :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR R. BENARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMERLE.

Titulaire :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. BOULIN.

INTRODUCTION

Dans un article récent de « la Semaine des Hôpitaux » consacré au diabète, Monsieur le Professeur BOULIN a présenté deux cas d'infections cutanées graves chez des diabétiques. Il a rappelé à ce sujet que le traitement du diabète au cours des infections intercurrentes, pour autant qu'il est nécessaire, n'est pas suffisant :

« On croit communément qu'en supprimant la glycosurie et l'hyperglycémie à l'aide de doses suffisantes d'insuline on vient à bout aisément des infections cutanées chez les diabétiques.

« Cette opinion n'est qu'approximativement exacte.

« Sans aucun doute la disparition de la glycosurie et le retour à la normale de la glycémie entravent la pullulation microbienne favorisée par l'existence dans les tissus de sucre en excès; aussi, dans la pratique la désucration donne-t-elle des résultats excellents toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une infection bénigne ou de gravité modérée ».

Il est, d'autre part, bien reconnu maintenant que toutes les infections, de quelque nature qu'elles soient et quelles que soient leur bénignité ou leur gravité, sont une cause d'aggravation temporaire ou permanente du diabète.

Nous avons l'intention, au cours de ce travail, d'étudier dans une première partie l'action aggravante des infections sur le diabète. Nous rapporterons, ensuite, des observations montrant que les infections bucco-

dentaires n'échappent pas à cette règle. Dans une seconde partie nous étudierons le traitement que l'on peut apporter à ces infections et quelle doit être l'attitude du spécialiste en leur présence. Enfin, nous énoncerons les conclusions que nous aurons tirées de cette étude.

PREMIÈRE PARTIE

DIABETE ET INFECTION

A propos d'une observation de coma acidotique provoqué chez une diabétique par un ostéophlegmon mandibulaire, Monsieur le Professeur BOULIN a fait à la Société de Stomatologie (novembre 1934) une communication sur les infections dans le diabète et rappelle l'action aggravante que les infections exercent sur cette maladie.

« C'est là une notion toute nouvelle; dans les traités d'avant-guerre en effet vous verriez encore écrit que les infections intercurrentes améliorent le diabète... cette action néfaste appartient quoi qu'on en ait dit à toutes les infections et il n'y a pas à ce point de vue de sélection à opérer parmi elles... Inversement d'autres auteurs, RABINOVITCH en particulier, avaient émis l'idée que l'action aggravante n'appartenait qu'aux infections suppuratives : il est parfaitement exact que dans la pratique ce sont surtout les suppurations qui provoquent les aggravations les plus manifestes et les plus redoutables, mais ce serait certainement une erreur d'innocenter les infections non suppuratives ».

Cette réaction sur le diabète varie évidemment suivant la gravité et de l'infection et du diabète sur lequel évolue celle-ci. Mais rappelons cependant, et l'observation que nous relaterons plus loin en est une preuve,

qu'un diabète jusque-là bien toléré peut à l'occasion d'un épisode infectieux se transformer d'une manière irréversible en une forme grave et consomptive.

« L'évolution ultérieure dépendra de deux facteurs, la durée de l'infection et le traitement appliqué.

« Si l'infection est très courte, même en l'absence de tout traitement adéquat, il est habituel de voir le malade surmonter la situation par ses seules ressources.

« Par contre, pour peu que l'infection dure quelques jours si le malade n'est pas convenablement traité c'est-à-dire s'il ne reçoit pas le régime nécessaire et des doses suffisantes d'insuline, il est à peu près fatal qu'il tombe dans le coma et l'on peut dire qu'actuellement l'immense majorité des comas diabétiques que nous observons sont provoqués par des infections et facilités par une insuffisance de la thérapeutique ».

Sur l'aggravation des infections sur le diabète, après l'opinion du Professeur BOULIN, voici celle de M. BITH ainsi que les modalités de cette action :

« Ces infections cutanéomuqueuses retentissent sur le diabète.

« D'une part la glycosurie apparaît (si le malade était aglycosurique grâce au régime) ou augmente (s'il était glycosurique) car il est de règle dans ces cas que la tolérance hydrocarbonée baisse d'une façon rapide. Cette baisse est d'ailleurs transitoire et dès la guérison la tolérance hydrocarbonée remonte peu à peu au taux antérieur.

« D'autre part l'acidose apparaît ou augmente. Plus l'infection est grave, plus l'acidose est intense (ce que traduisent non seulement les signes cliniques mais encore les réactions qualitatives et urinaires, le dosage des corps acétoniques, la mesure de la réserve alcaline) ».

Mais l'infection de quelque origine qu'elle soit provoque également une insulino-résistance partielle qui

assombrit le pronostic. A ce sujet, le Docteur MARIE écrit :

« Remarquons que chez un diabétique traité antérieurement par l'insuline, l'existence d'une infection se traduit presque toujours par une notable diminution d'action de l'insuline dont il faut doubler ou tripler la dose ».

Quant à la cause de cette aggravation il semble qu'il s'agisse d'une inactivité de l'insuline, autant celle que le diabétique sécrète lui-même que celle que l'on injecte, plutôt que d'une atteinte du pancréas par l'infection.

En effet dans ce dernier cas comment expliquer qu'il s'agisse la plupart du temps d'une aggravation temporaire et que le diabétique en état d'infection réagisse moins bien à une quantité donnée d'insuline alors que normalement tous les diabétiques réagissent dans les mêmes proportions à une même dose d'insuline qu'il s'agisse d'un diabète bénin ou d'un diabète grave.

Toute infection aussi minime soit-elle est donc toujours sérieuse chez un diabétique et il faudra la prévenir avec d'autant plus de soins qu'elle se déclare avec plus de facilité chez ce malade que l'on doit toujours considérer comme un taré.

MARIE nous rappelle cette vérité évidente :

« La fragilité du diabétique à l'infection est une notion d'une grande banalité. Elle se vérifie au niveau de la bouche comme ailleurs. Elle s'explique facilement par les modifications profondes des tissus où les germes microbiens s'implantent et pullulent sans difficulté par les altérations fréquentes des vaisseaux et des émonctoires chez le diabétique ancien. Se déclenchant facilement les infections prennent chez le diabétique une extension et une gravité inusitées avec tendance au sphacèle et à la gangrène; de plus elles retentissent habituellement sur la marche ultérieure du diabète.

« Ces complications sont spécialement à craindre

chez les diabétiques anciens, gros mangeurs, suivant mal leur régime, ayant une hyperglycémie habituelle ».

Les infections sont favorisées par le diabète et, sur les raisons de cette prédisposition, Monsieur BITH rapporte :

« Tout d'abord, il semble que la principale raison soit l'état d'hyperglycémie qui imprègne de sucre tous les tissus.

« Les lésions artérielles des diabétiques sur lesquelles Marcel LABBÉ et HEITZ ont particulièrement insisté, créent un état de moindre résistance des tissus permettant aux infections de se développer rapidement; les lésions nerveuses s'y surajoutent souvent, provoquant des troubles trophiques ».

En conclusion de cette inter-réaction entre le diabète et l'infection, il nous semble nécessaire de préciser certains points :

On sait l'importance accordée à la désinfection soignée de toute plaie cutanée chez un diabétique. Mais, il faut souligner aussi l'importance de l'hygiène bucco-dentaire. MM. TELLIER et BEYSSAC nous disent à ce propos :

« On conçoit, dès lors, que le rôle des odonto-stomatologistes est des plus importants et JOSLIN, qu'AZERAD qualifie de « grande vedette de la diabétologie américaine », ne cesse, dans tous ses écrits, d'attacher une importance considérable à l'hygiène bucco-dentaire. Il déclare même que si les diabétiques ont des dents bien entretenues, ils peuvent conserver un système dentaire absolument parfait ».

OBSERVATIONS
D'ACCIDENTS BUCCO-DENTAIRES
AYANT MODIFIÉ
L'ÉVOLUTION DU DIABÈTE

Les observations que nous citons présentent des caractères communs. Relatant des infections bucco-dentaires chez les diabétiques, elles ont modifié l'évolution de cette diathèse.

La première observation est la plus démonstrative, puisqu'il s'agit d'une malade chez laquelle un ostéophlegmon mandibulaire a suffi à déclencher un coma acidotique et à transformer un diabète bien toléré en forme sévère.

La deuxième observation montre que l'apparition, au cours de l'évolution d'une dent de sagesse, d'un abcès migrateur, a suffi à augmenter le déséquilibre préexistant en accroissant considérablement la glycémie et la glycosurie sans changement au traitement précédemment institué.

La troisième observation rappelle qu'un accident bucco-dentaire peut, comme tout autre accident, être à la base de la découverte du diabète.

La quatrième observation montre, comme la seconde, qu'un accident bucco-dentaire peut provoquer une aggravation du diabète, ici seulement temporaire.

Enfin, à propos de la cinquième, il y a lieu d'insister sur la gravité particulière que revêt chez un diabétique, un phlegmon diffus.

OBSERVATION I.

Cette observation, que nous empruntons à MM. THIBAUT et LAMBERT, fut présentée à la Société de Stomatologie, au cours de sa séance du 20 novembre 1934 :

« Le 26 avril 1934, entrant dans le coma à l'Hôpital Saint-Antoine, Madame G., âgée de 40 ans. La nature de ce coma ne soulevait guère de difficultés; l'odeur « pomme de reinette » de l'haleine, une réaction de GEHRARDT fortement positive suffisaient, en effet, pour incriminer le diabète, mais les conditions étiologiques qui l'avaient déterminé restaient mal définies. L'existence d'une volumineuse tuméfaction prémandibulaire et les explications fournies ultérieurement par la maladie lorsqu'elle eut retrouvé sa lucidité, permirent de les préciser.

Madame G... connaissait l'existence de son diabète depuis une dizaine d'années; en 1924, une analyse d'urine pratiquée au cours d'une phlébite post-puerpérale avait révélé de la glycosurie; depuis d'autres analyses pratiquées tous les trois ou quatre mois avaient toujours été positives. La malade ne suivait pas, d'ailleurs, un régime alimentaire très strict, mais son diabète restait bien toléré; elle pesait 82 kilos, vaquait à ses occupations et n'avait jamais éprouvé de complications du fait de sa glycémie.

Par ailleurs, sa denture, bien que négligée, ne l'importunait pas lorsque, le 22 avril, elle commença à éprouver de vives douleurs dans la région postérieure de son arcade dentaire inférieure gauche; elle ressent, ensuite, un malaise général, des frissons et constate le lendemain une tuméfaction douloureuse de la région angulaire gauche. En dépit de l'application de compresses chaudes, l'inflammation régionale augmente, l'asthénie s'accuse et deux jours après, le 25 avril, la malade entre insensiblement dans le coma.

A l'hôpital, on diagnostique un ostéo-phlegmon du maxillaire inférieur, déterminé par les racines infectées de la dent de sagesse mais, étant donné l'état comateux de la malade, on estime préférable de se borner à ouvrir la collection qui bombe vers la joue.

Un pus fétide s'en écoule. Cependant, on traite activement le coma acétonémique; du 26 à 14 h. au 27 à 12 h., on injecte 215 unités d'insuline par voie sous-cutanée; on fait, en même temps, 500 cc. de sérum glucosé en goutte à goutte rectal. Le surlendemain, 28 avril, la malade sort peu à peu de son coma, toutefois, l'acidose urinaire persiste et la glycémie est de 3,42 gr. L'amélioration est ensuite progressive, l'écoulement de pus par l'ouverture jugale finit par se tarir vers la mi-mai et quelques jours plus tard, l'état de la malade est tel, qu'on se décide à pratiquer l'extraction de la dent causale, sous anesthésie locale; les suites opératoires sont des plus simples.

Le 6 juin, à sa sortie de l'hôpital, on peut faire le bilan de la malade. Localement, la plaie alvéolaire est cicatrisée et il ne persiste plus qu'une légère induration des tissus pérимандibulaires. Du point de vue général, par contre, l'amaigrissement reste considérable; le poids de la malade est tombé de 82 kilos à 53 kilos. La glycosurie persiste à des taux variables et l'acidose, surtout, n'a pas disparu, malgré l'institution d'un régime sévère et malgré l'insulino-thérapie (100 unités). De constitutionnel et bien toléré qu'il était auparavant, le diabète semble évoluer vers une forme sévère, consomptive avec dénutrition ».

OBSERVATION II.

Monsieur L..., 27 ans, était hospitalisé à Cochín depuis plusieurs semaines afin d'équilibrer son diabète, lorsque, le 10 mars 1945, il se plaignit de douleurs dans la région angulo-maxillaire gauche. Puis en 48 heures, il présenta une tuméfaction de la joue gauche et, c'est le 12 mars qu'il vint pour la première fois à la consultation de stomatologie de l'hôpital. On posa, alors, le diagnostic d'abcès migrateur de CHOMPRET et L'HIRONDEL en rapport avec l'évolution de la dent de sagesse inférieure gauche. Il présentait, en effet :

1°) Une tuméfaction arrondie siégeant entre les deux prémolaires inférieures gauches bombant dans le vestibule.

2°) Un capuchon de dent de sagesse enflammé et douloureux.

3°) Enfin, signe pathognomonique : en pressant sur la tuméfaction vestibulaire, on faisait sourdre du pus sous le capuchon muqueux.

4°) Une radiographie montra une dent de sagesse verticale non incluse, ne présentant pas de signe particulier.

Ce diagnostic étant posé le 12 mars, on procéda à une application d'acide trichloracétique et on prescrivit des bains de bouche chauds.

Le lendemain, 13 mars, comme il n'y avait aucun amendement des S. F. et que le trismus était un peu plus serré, nous avons pratiqué une incision vestibulaire au niveau de la tuméfaction, sous anesthésie locale. Il y eut écoulement de pus.

Pendant les jours suivants, nous avons maintenu l'incision ouverte et avons continué les applications d'acide trichloracétique. Le 17 mars, comme les phénomènes inflammatoires avaient disparu, l'extraction de la dent fut pratiquée sous anesthésie régionale, extraction difficile mais n'ayant pas nécessité d'alvéolectomie. Mèche iodoformée pendant 24 heures. Les suites furent parfaitement normales et, le 24 mars, le malade pouvait être considéré comme guéri — alvéole en voie de cicatrisation — il n'y avait plus de tuméfaction vestibulaire — les phénomènes inflammatoires et le trismus avaient complètement disparu.

Du point de vue de son diabète, signalons que cet abcès dû à l'évolution de la dent de sagesse a été accompagné :

1°) D'une élévation de la glycémie qui, de 2,55 gr. à la fin de février, passa à 3,41 gr. le 12 mars, puis à 3,60 le 19 mars.

2°) D'une élévation de la glycosurie de 50 à 92 gr. par jour pendant la même période, sans apparition d'acidose.

3°) Le traitement insulinique resta le même, la seule modification fut le remplacement de l'injection quotidienne de 65 unités de protamine zinc par 4 injections par jour de chacune 20 unités d'endopancrine.

4°) Le poids du malade est resté stationnaire.

Il semble donc, que le fait pour ce malade d'avoir fait une complication infectieuse ait aggravé son diabète. Nous n'avons pas assez de recul pour pouvoir préciser si cette aggravation ne

sera que passagère ou si, comme dans l'observation de MM. THIBAUT et LAMBERT, elle sera définitivement acquise et si, cet accident infectieux marquera la transformation de ce diabète en une forme plus sévère.

OBSERVATION III.

Mortifications pulpaire et diabète.

Madame D..., 46 ans, vient nous consulter pour un abcès de la région incisive supérieure droite. La dent causale D1 est indemne de carie, mais elle présente une coloration grisâtre, une mobilité anormale et est très douloureuse au moindre contact.

De plus, notre attention est attirée par les deux incisives centrales inférieures qui présentent la même coloration, donnent un son mat à la percussion et ne réagissent pas au courant électrique. Les gencives sont plus rouges que normalement.

La patiente nous apprend qu'elle se sent fatiguée, elle a une sensation de sécheresse buccale et de soif ardente.

Nous conseillons un examen d'urine qui révèle une glycosurie de 4 gr. par litre. Un régime est ordonné. La dent D1 est extraite. Suites normales.

Revue deux mois après, les dents ont repris une coloration à peu près normale, pour lesquelles nous demandons à la malade de venir se faire examiner périodiquement.

OBSERVATION IV.

Cellulite et Diabète.

Le 1^{er} juillet 1937, Madame R..., 68 ans, vient nous consulter pour des phénomènes douloureux au niveau du maxillaire inférieur provoqués par une arthrite de d8, seule dent existant sur l'arcade. Elle nous avertit qu'elle suit un régime pour diabète depuis 5 ans.

La dent est enlevée sous anesthésie tronculaire à l'épine de Spix. Elle est indemne de carie, mais l'apex est rouge et résorbé. Ecrasée avec une pince, elle dégage une odeur nauséabonde, la pulpe est nécrosée.

Trois jours après l'intervention, nous sommes appelés auprès de la malade, alitée. Elle présente une tuméfaction de la région angulo-maxillaire de la grosseur d'une mandarine. La peau à son niveau est rouge, chaude, adhérente. Température : 38°5. Faciès infecté. Fatigue marquée.

Un examen d'urines révèle une glycosurie de 25 gr. au lieu de 4 gr., chiffre habituel.

Incision de la collection, permet une issue importante de pus. Les phénomènes régressent, guérison. Depuis, on ne trouve pas de sucre dans les urines. Revue en 1940, glycosurie entre 8 et 15 gr.

OBSERVATION V.

Phlegmon diffus du plancher de la bouche, à évolution foudroyante, après extraction chez un diabétique.

De MM. CHABANIER et LOBO-ONELL. « Diabète et Chirurgie », p. 125, Paris, Masson (Résumée).

Un de nos patients M. LEROY, âgé de 43 ans, présentait depuis plusieurs années un diabète des plus florides avec glycosurie modérée.

Pour rectifier sa denture, une molaire apparemment saine est extraite. Le lendemain, poussée de température à 40°, trismus léger, douleur à la déglutition.

En même temps, poussée de polyurie à 8 litres, avec soif intense, fatigue générale, tendance à la somnolence.

Le troisième jour amélioration des symptômes fonctionnels. Glycémie à 4 gr. Glycosurie : 260 gr. Acétonurie : 10 gr.

Après 24 heures de traitement (300 unités d'insuline), la glycosurie se trouvait ramenée à 60 gr., et l'acétonurie au-dessous de 1 gr.

Le jour suivant, la glycémie était tombée à 1,80 gr., la glycosurie à 10 gr., l'acétonurie à l'état de traces. Mais, à nouveau, le patient se plaignait d'une gêne de la déglutition. L'examen montrait le plancher de la bouche surélevé et dur, en même temps qu'une infiltration indurée de la région sus-hyoïdienne. Dans l'après-midi même, au moment où l'on se préparait à intervenir, le malade mourait d'œdème de la glotte.

De ces observations, il ressort que les infections bucco-dentaires peuvent modifier défavorablement, à des degrés variables, l'évolution du diabète.

Il y a donc lieu de leur instituer un traitement énergique et c'est ce qui fera l'objet de la deuxième partie de ce travail.

Elles montrent également, qu'il n'y a pas lieu de modifier le traitement local parce qu'il s'agit de diabétiques.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement des accidents bucco-dentaires infectieux aigus chez les diabétiques

Nous nous bornerons à étudier le traitement des accidents aigus et laisserons de côté celui qu'il y a lieu d'appliquer aux accidents chroniques tels que pyorrhée, gingivite expulsive...

Il nous semble avant tout qu'il y a lieu d'abandonner complètement la politique d'expectative que l'on a trop tendance à adopter vis-à-vis de tels malades.

Au cours de la discussion qui suivit la lecture de l'observation de MM. THIBAUT et LAMBERT, puis sa propre communication à la Société de Stomatologie, Monsieur le Professeur BOULIN a affirmé :

« Il est hors de doute que ce serait une grosse erreur de dire, comme on l'a fait pendant de longues années : ne touchons pas à ce malade, il a du sucre dans les urines, ou il a de l'hyperglycémie ».

Les diabétiques doivent être traités du point de vue stomatologique autant que les autres et même plus que les autres souvent d'une façon plus énergique.

On ne doit jamais perdre de vue qu'ils peuvent faire une complication grave du côté de leur diabète à l'occa-

sion d'une infection intercurrente et, par conséquent, il faut prévenir ou endiguer rapidement celle-ci.

Nous dirons plus loin quelle doit être à notre avis la conduite à tenir par le spécialiste du point de vue local en présence des principaux accidents infectieux bucco-dentaires.

Nous voulons préciser d'abord l'attitude à adopter vis-à-vis du diabète en lui-même, chaque fois que l'on aura dû instituer d'urgence une thérapeutique interventionniste ou lorsque l'on aura préféré attendre, tout en prévoyant une intervention ultérieure — extraction, incision de collections suppurées, ablation de séquestres.

Si le malade ne se soigne pas sérieusement, il faut lui montrer la nécessité de le faire... au moins temporairement, pour autant qu'il soit recommandé à un diabétique de méconnaître son diabète... et lui instituer un régime et un traitement insulinique soigneusement surveillé, ou bien encore l'envoyer à un médecin spécialisé dans le traitement de cette affection.

La guérison locale une fois obtenue, on pourra la plupart du temps constater que l'aggravation du diabète n'a été que transitoire et l'on pourra revenir au régime antérieur.

A propos de la nécessité de désucrier complètement les diabétiques infectés et d'employer l'insuline même en cas de nécessité non absolue, Monsieur le Professeur BOULIN, dans sa communication à la Société de Stomatologie, rappelle que ce résultat (aglycosurie et abaissement de la glycémie) peut être acquis chez un certain nombre de malades par le seul régime, mais cela demande toujours un certain temps. On peut aller beaucoup plus vite en utilisant l'insuline et c'est vraiment agir d'une manière un peu archaïque que de perdre des jours avec le régime alors que l'on peut obtenir le même résultat en 24 ou 48 heures avec l'insuline. Il nous paraît

hors de doute que dans l'immense majorité des cas, quand on a à opérer un malade, on a avantage à l'insuliner largement avant l'intervention. Les risques en sont nuls quand on sait manier l'insuline.

« Au régime, il faut nécessairement adjoindre l'insuline et, quant à la dose nécessaire, c'est l'expérience qui la réglera; il faut savoir en effet qu'en période d'infection, les doses d'insuline nécessaires pour désucrier et désacidoser un malade n'ont rien de comparable aux doses nécessaires en dehors de la période d'infection ».

Par conséquent, chez un diabétique en état d'infection, il faut traiter énergiquement le diabète, mais il faut aussi intervenir et, sur les modalités de l'intervention du stomatologiste, MM. TELLIER et BEYSSAC insistent sur un certain nombre de précautions :

« De là, en chirurgie stomatologique, la nécessité de ne pas recourir à l'anesthésie générale productrice d'hyperglycémie (chloroforme, éther, chlorure d'éthyle, par ordre de nuisance) et souvent suivie de sécrétion d'adrénaline antagoniste de l'insuline : donc pas d'adrénaline avec l'anesthésique local dont le meilleur semble la novocaïne qui ne produit pas d'hyperglycémie (ROSCHE).

Autres règles : nécessité d'asepsie parfaite, pas d'attrition des tissus, pas de dilacération, pas d'interventions prolongées en vue « d'extraction à tout prix »; pas de pesées aveugles, brutales et répétées; pas d'hémorragie prolongée, qui provoque l'hyperglycémie, favorise l'acidité urinaire, et surtout diminue les propriétés antiphagiques du sérum vis-à-vis des streptocoques, mais surtout du staphylocoque si fréquemment présent chez les diabétiques (furuncle, anthrax, staphylococcémies) : les variétés fuso-spirillaires ne sont pas rares à la suite des complications d'origine bucco-dentaire. Donc hémostase immédiate, renoncer aux habitudes, aux décisions de facilité, de moindre effort trop

fréquentes parmi nous, surtout en présence de diabètes insignifiants. Dans certaines formes d'allure grave, au cas où il faut agir d'urgence, si on a des raisons de croire à des lésions hémogéniques ou autres, on peut, peut-être même doit-on, envisager la pratique d'une transfusion de faible volume, 100 grammes de sang pour prévenir les dangers d'une hémorragie un peu abondante (BECART, HAUTANT).

Le pronostic en grande partie dépend de l'observation ou de l'absence de toutes ces précautions. Il ne faut pas perdre de vue que l'on a rapporté des observations de mort à la suite d'avulsions simples chez des diabétiques; dans un cas, à l'autopsie, on constata de la dégénérescence graisseuse de certains organes et des lésions du pancréas.

Conduite à tenir par le spécialiste en présence d'accidents bucco-dentaires infectieux aigus chez des diabétiques.

Il y a lieu de considérer deux cas distincts suivant qu'il y a urgence ou non et, là encore, Monsieur le Professeur BOULIN est formel.

« 1^o) Vous êtes en présence d'une collection suppurée ou d'un phlegmon diffus menaçant. Il faut l'ouvrir immédiatement sans vous occuper de savoir si le malade est sucré ou non. Le traitement du diabète n'interviendra qu'après... Toute collection suppurée, tout phlegmon diffus chez un diabétique doivent être ouverts immédiatement. C'est une règle formelle.

« 2^o) Vous êtes en présence d'une infection qui n'a pas encore abouti à une collection, qui n'a pas tendance à la diffusion, sans caractère de gravité immédiate, l'intervention peut être différée pendant quelques jours. Le malade, en effet, ne doit être opéré que : 1^o — s'il n'a pas de trace de sucre dans les urines; 2^o — s'il n'a

pas de réaction de GEHRARDT; 3° — si le taux de sa glycémie n'atteint pas 1,50 gr. ».

C'est ainsi qu'il condamne l'expectative quand il y a suppuration collectée.

« La deuxième indication, c'est d'ouvrir immédiatement toute collection suppurée sans même attendre que le malade soit désucré. Il faut bien se garder comme on le faisait jadis de respecter les suppurations chez les diabétiques. Il faut se rappeler au contraire que la rétention suppurée aggrave le diabète, rend la glycosurie plus difficile à réduire. Il y a un véritable cercle vicieux du diabète qui rend l'infection plus sévère et de l'infection qui rend le diabète plus grave, il faut le rompre au plus tôt ».

Cette distinction entre interventions d'urgence ou non est également l'opinion du Docteur René MARIE :

« Il faut distinguer à ce sujet les interventions urgentes de celles qui peuvent attendre. Certaines interventions — ouverture d'une collection suppurée — extraction dentaire à chaud, demandent à être pratiquées d'urgence plus encore chez un diabétique où il importe de supprimer au plus vite la cause de l'infection. Dans de telles circonstances il faudra combattre d'urgence le sucre et l'acidose si elle existe. Dans ce but, on donnera au malade une ration suffisante d'hydrates de carbone sous forme de lait par exemple et on adjoindra de l'insuline aux doses nécessaires pour désucrer les urines, dont l'examen devra être pratiqué toutes les deux heures. On donnera en outre de l'eau et des alcalins. Ce traitement permet d'intervenir immédiatement et d'assurer au malade les meilleures conditions de résistance.

« Si au contraire l'intervention peut attendre plusieurs jours : extraction à froid par exemple, il faut préparer le malade par le régime de la restriction hydrocarbonée et l'insuline si cela est nécessaire, de façon

à intervenir autant que possible sur un malade n'ayant plus de sucre urinaire et une glycémie voisine de la normale.

« Quant à l'intervention elle-même et notamment l'avulsion dentaire, il faudra la pratiquer avec le minimum de traumatismes; l'anesthésie régionale sera dans tous les cas bien préférable à l'anesthésie locale par infiltration ».

Sur la nécessité d'intervenir chez le diabétiques, tous les auteurs sont d'accord.

Voici ce que disent TELLIER et BEYSSAC :

« Dans tous les cas où il y a des symptômes de focal infection ou, comme nous disons, de septicité buccodentaire, avec par exemple présence de foyers granulomateux apicaux ayant résisté aux moyens de traitement, il faut, on *doit* procéder à l'extraction des dents en cause, nous ne disons pas « même chez un diabétique », nous disons « surtout chez un diabétique ».

Et BITH :

« En même temps, il faut traiter chirurgicalement la complication — ouvrir le plus rapidement et le plus largement possible pour permettre au pus de s'écouler ».

Quelques cas d'urgence où le traitement local doit précéder l'institution d'un régime plus strict ou d'une insulinothérapie plus large.

1) Chaque fois qu'il existe une infection suppurée collectée et notamment :

- au cours des ostéopériostites et ostéophlegmons;
- au cours des ostéites;
- au cours des cellulites survenant comme complications de l'évolution d'une dent de sagesse;
- au cours des adénophlegmons cervico-faciaux;
- au cours des abcès pyorrhéiques.

2) Chaque fois que l'on redoute l'apparition d'un phlegmon diffus.

On procède alors à l'incision des collections ou des tissus en suppuration.

Mais n'oublions jamais que si l'incision ne suffit pas à faire cesser les signes de suppuration :

douleur,

tuméfaction croissante,

il faut drainer davantage le foyer de suppuration en supprimant le plus souvent la dent en cause.

Quelques cas où l'on est autorisé à attendre, en surveillant l'évolution locale, que le diabète soit équilibré.

1) Chaque fois qu'il y a une infection non collectée mais *sans tendance à la diffusion*;

à ce moment il y a lieu de mettre en œuvre les traitements anti-infectieux ordinaires :

vaccins,

sulfamides,

pénicilline.

Monsieur le Professeur BOULIN écrit, après avoir rapporté les deux observations d'infections cutanées traitées dans son service en 1944 :

« Plusieurs conclusions peuvent donc être tirées de ces observations :

Tout d'abord l'état diabétique n'est en aucune façon une contre-indication à l'emploi de la pénicilline non plus que des sulfamides, même à doses très élevées. Parmi les sulfamides, nous donnons la préférence au sulfamidothiurée (Fontamide) ayant eu chez les diabétiques quelques déboires avec d'autres produits (anurie mortelle, etc...).

La sulfamidothérapie peut même être mise en œuvre au décours d'un coma acidotique compliqué d'anurie comme dans notre observation ».

2) Chaque fois que, dans les cas cités au paragraphe précédent, l'incision a suffi à amender les signes physiques et fonctionnels.

Dans ce cas, pour procéder à l'extraction de la dent causale, on attendra que la glycosurie ou l'acétonurie aient disparu, que la glycémie soit redescendue.

3) Citons quelques cas où l'urgence n'est pas absolue et où l'on peut mettre en œuvre une thérapeutique expectative en palliant aux S. F. :

a) la pulpite a retro, même lorsque les destructions alvéolaires exigent l'extraction, peut être calmée par la pose d'un pansement à l'anhydride arsenieux, puis la pulpectomie, en attendant la possibilité d'extraction.

b) la monoarthrite apicale suppurée peut être traitée et soulagée par la seule trépanation et l'alésage large du ou des canaux. Lorsque l'état du malade le permettra, on pourra procéder soit à la résection apicale, soit à l'extraction suivant les cas et si le traitement médical est jugé insuffisant.

c) l'abcès pyorrhéique peut relever d'une simple application d'acide trichloracétique si celle-ci suffit à le tarir même momentanément. Ultérieurement, on pourra faire ce que l'on juge le plus indiqué.

d) de même, l'extraction de racines ou de dents à froid, en l'absence de toute complication, ne doit pas être pratiquée sur un diabétique non équilibré.

Mais il faut avoir bien présent à l'esprit, lorsque l'on prend une attitude d'attente, qu'au premier signe d'urgence,

si en « *b*) et « *c*) » le drainage est insuffisant et que la suppuration s'étende,

si, en « *d*) », telle racine ou dent jusque-là indolore devient sensible et menace d'occasionner une ostéopériostite,

il faudra intervenir sans attendre l'aglycosurie ou la baisse de la glycémie.

Rappelons enfin qu'au cours du traitement local et de son évolution, le spécialiste devra toujours rester en rapport avec le médecin traitant le diabète, ou, si le stomatologiste règle en même temps le traitement du diabète, qu'il ne doit jamais y avoir de cloison étanche entre les deux aspects de l'affection.

CONCLUSIONS

De ce travail, il nous semble nécessaire de dégager les points les plus saillants.

— Toute infection, d'où qu'elle vienne, est une cause d'aggravation pour le diabète.

— Les infections bucco-dentaires n'échappent pas à cette règle.

— Il faut proscrire absolument la conception du « diabétique intangible du point de vue stomatologique ».

— Il faut supprimer chez les diabétiques les suppurations collectées — inciser les suppurations diffuses.

— Il faut avant d'intervenir, chaque fois que ne se pose pas la question d'urgence précédemment citée, attendre que le diabète soit équilibré.

— Ne pas oublier que, si l'intervention présente des risques chez un diabétique, l'abstention, quand il y a *urgence*, en comporte infiniment plus.

Vu, le Doyen :

BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :

OLIVIER

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY



BIBLIOGRAPHIE

- BOULIN (Professeur R.). — Sur le traitement des infections gangréneuses graves chez les diabétiques. (*Semaine des Hôpitaux*, février 1945).
- Les infections dans le diabète. (*Revue de Stomatologie*, n° 1, janvier 1935).
- DUFRECHE (R.). — Complications bucco-dentaires du diabète. (*L'Information Dentaire*, 8 mars 1942).
- TELLIER (J.) et BEYSSAC (P.). — Diabète et pratique odonto-stomatologique. (*Revue de Stomatologie*, 1939-1940, n° 9).
- MARIE (P.). — Manifestations et complications bucco-dentaires chez le diabétique. (*Paris-Médical*, n° 36, 4 septembre 1937).
- BITH. — Les infections dans le diabète. (*La Médecine*, juillet 1927, n° 10).

Nous tenons à remercier tout particulièrement les « FICHIERS DU MONDE MÉDICAL », qui nous ont permis de rassembler la bibliographie de cette thèse et nous ont réservé un accueil très cordial chaque fois que nous avons eu besoin de consulter un des ouvrages cités.
